

Compte rendu Soirée d'Automne du 7 novembre 2024

Rédaction : A.-C. FOUGEROUSSE



www.reso-dermatologie.fr



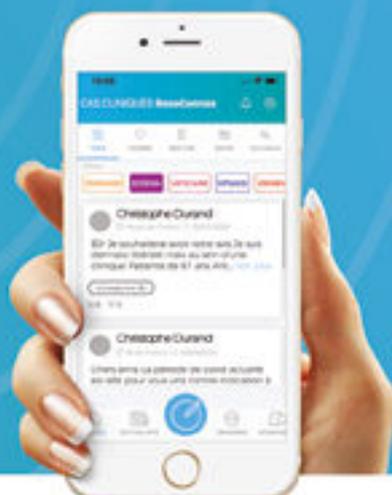
Ce document est un compte rendu et/ou résumé des communications de réunions scientifiques dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien institutionnel des laboratoires abbvie.

abbvie

FACILE D'UTILISATION

- 1 Télécharger ResoConnex
via *Apple Store* ou *Google Play*
- 2 Créer votre compte en quelques secondes
identifiant et mot de passe
- 3 Se connecter une fois votre compte validé
un mail de confirmation vous sera adressé



NAVIGUER SUR L'APPLICATION

- Gérer votre profil
- Poster un cas avec ou sans photo
- Commenter un cas
- Utiliser la messagerie privée
sécurisée pour communiquer sur un cas avec vos confrères

NOUVEAUTÉS

- Disponible sur tablette
- Rester informé chaque mois
de l'actualité thérapeutique et environnementale grâce à la fonctionnalité ACTUS



SÉCURISÉE

Les données personnelles et les données de santé sont protégées et la loi européenne, RGPD (règlement général sur la protection des données) du 25 mai 2018 vient renforcer la protection des droits des personnes. ResoConnex vous permet d'échanger dans le respect de ces nouvelles normes.

Ce renforcement est essentiellement basé sur :

- Une conformité basée sur la transparence et la responsabilisation
- Les responsabilités partagées et précises



GRATUITE

RESO promeut la formation accessible à tous les dermatologues et professionnels de santé dans un esprit confraternel et convivial pour améliorer la prise en charge des patients et le parcours de soins.

Compte rendu Soirée d'Automne du 7 novembre 2024

Rédaction : A.-C. FOUGEROUSSE

Service de Dermatologie, Hôpital Bégin, SAINT-MANDÉ.

Le Dr Begon a débuté cette soirée par une originale revue des métaphores en dermatologie. Si certaines sont très utiles à la description sémiologique car elles permettent de donner une description et une image accessibles qui rendent le discours médical plus mémorable, d'autres sont étranges ou désuètes. Vous pouvez accéder à sa présentation *via* ce QR code.



Conjonctivite et dermatite atopique en 2024 : on y voit plus clair ?

D'après la communication du Dr Claire Boulard, service de dermatologie, CH du Havre.

Une conjonctivite se manifeste par une hyperhémie, du prurit, une irritation, une sensation de corps étranger/grain de sable, sans baisse de l'acuité visuelle. Il existe plusieurs étiologies : allergique (souvent bilatérale avec larmoiement ; conjonctivite saisonnière, ou en lien à un allergène comme le pollen), bactérienne (souvent uni- puis bilatérale, avec des sécrétions purulentes, les yeux sont gonflés ou collés au réveil, le plus souvent d'origine staphylococcique, streptococcique ou pneumococcique), virale (souvent uni- puis bilatérale, sécrétions claires, liée à un adénovirus), d'irritation (uni- ou bilatérale avec larmoiement, liée à un produit irritant (fumée, produit chimique, collyre, lentilles...).

Chez le patient atopique, on observe une augmentation de la fréquence des pathologies de la surface oculaire (fréquence estimée à 25 à 50 % des patients atteints de dermatite atopique [DA]), celles-ci étant probablement sous-estimées. Les facteurs de risque sont :

- la sévérité de la DA ;
- l'atteinte du visage et des paupières ;
- l'existence de comorbidités atopiques ;
- une DA évoluant depuis l'enfance [1, 2].

On peut observer différents types d'atteintes oculaires : œil sec, conjonctivite, blépharite (atteinte des paupières), kératite (atteinte de la cornée se manifestant par une photophobie, des troubles de la vision et des douleurs), un kératocône (déformation de la cornée). Les patients atteints de DA ont également un risque accru de développer des surinfections bactériennes (staphylocoque) et virales (adénovirus, herpès).

On dénombre six entités distinctes de conjonctivites allergiques [1] :

- **la conjonctivite allergique saisonnière** : la plus fréquente, associée à la rhinite, débutant dès le plus jeune âge, atteinte bilatérale, œdème conjonctival ; liée à des allergènes saisonniers tels que les pollens ;
- **la conjonctivite allergique per-annuelle** : les allergènes les plus impliqués

sont les poils d'animaux, les acariens et les moisissures ;

- **la blépharoconjonctivite de l'allergie de contact** : associée à un eczéma palpébral, l'allergène est le plus souvent appliqué localement (ex : collyre) ;
- **la conjonctivite géantopapillaire** : liée le plus souvent au port de lentilles de contact.

Enfin, deux formes sévères :

- **la kératoconjonctivite printanière (ou vernale)** : touchant l'enfant de sexe masculin, régression à l'adolescence, forme palpébrale et limbique très invalidante, plus fréquente dans les environnements secs et chauds ;
- **la kératoconjonctivite de la DA** : touchant l'adulte, plus fréquente chez l'homme, atteinte cornéenne parfois grave (photophobie), à risque de surinfection bactérienne ou virale et de traitement difficile (immunosuppresseurs).

Le traitement des conjonctivites allergiques comporte : éviction de l'allergène retrouvé au bilan allergologique, larmes

artificielles sans conservateur, mesures d'hygiène, collyre antihistaminique topique, antidégranulant mastocytaire, collyre double action (kétotifène, olopatadine), antihistaminique de seconde génération, désensibilisation. En cas d'atteinte plus sévère, prise en charge par l'ophtalmologue qui va prescrire un collyre stéroïdien (avec précaution car risque de cataracte et de glaucome), collyre anti-inflammatoire non stéroïdien (ex. diclofénac), tacrolimus topique, collyre immunosuppresseurs (ciclosporine, tacrolimus) [1].

Par ailleurs, le dupilumab (biothérapie anti IL4/IL13) peut avoir des effets indésirables ophtalmologiques, notamment des blépharo-conjonctivites. Leur incidence a été évaluée à 26 % chez l'adulte, 9 % chez l'adolescent et 4,5 à 6,7 % chez l'enfant. Ils apparaissent le plus souvent dans les 4 premiers mois de traitement. Leur sévérité est majoritairement légère à modérée ne nécessitant pas l'arrêt du traitement. L'incidence augmente avec la sévérité de la DA. Ces effets secondaires ophtalmologiques ne sont pas constatés dans les autres cohortes de patients traités par dupilumab pour l'asthme, la polypose nasosinusienne la rhinosinu-

site chronique ou l'œsophagite à éosinophiles [3-6]. Des facteurs de risque de survenue de ces effets secondaires sous dupilumab au cours de la DA ont été identifiés : œil sec avec kératite ponctuée superficielle, eczéma des paupières, allergie alimentaire ou taux d'IgE > 1000 [7]. L'étude DUPI-œil a évalué de façon prospective la survenue d'effets secondaires ophtalmologiques chez les patients pour lesquels du dupilumab avait été initié pour une DA. À 4 mois de traitement, 18,7 % présentaient une blépharo-conjonctivite. Les facteurs favorisants étaient l'existence à la *baseline* d'une atteinte tête et cou, d'une érythrodermie ou d'un syndrome sec oculaire. La majorité des atteintes étaient *de novo* [8].

La survenue d'effets secondaires ophtalmologiques était également rapportée dans les études pivotales du tralokinumab (7,5 % sous traitement vs 3,2 % dans le bras placebo) majoritairement de sévérité légère à modérée et du lébrikizumab (4,8 à 7,5 % selon les études) deux biothérapies ciblant l'IL13 seule [9]. Une méta-analyse n'a pas identifié de différences significatives concernant l'incidence des conjonctivites entre ces trois traitements [10].

Les hypothèses physiopathologiques de la survenue de ces effets secondaires ophtalmologiques sous biothérapie comportent :
 – la colonisation palpébrale par le *Demodex* ou le *Malassezia* *via* une réponse Th 17 ;
 – la raréfaction des cellules caliciformes et de la sécrétion de mucus permettant l'accroche lacrymale ;
 – la modification du niveau des IgE et des chimiokines ;
 – l'augmentation de l'activité de ligands spécifiques comme l'OX40 ;
 – l'implication des récepteurs à l'IL4 de la conjonctive humaine, dont l'inhibition pourrait réactiver certaines voies de l'inflammation [11-13].

Une publication française a proposé des recommandations avant initiation du dupilumab [14] (**fig. 1**) ainsi qu'une conduite à tenir pour le suivi ophtalmologique d'un patient traité (**fig. 2**). Elle diffère pour certains points de celles publiées dans le *British Journal of Dermatology* [15] où n'est pas recommandée la mise en route systématique d'un traitement lubrifiant en l'absence d'antécédent de pathologie ophtalmologique. En cas de conjonctivite, le dermatologue va prescrire un traitement de 1^{re} intention

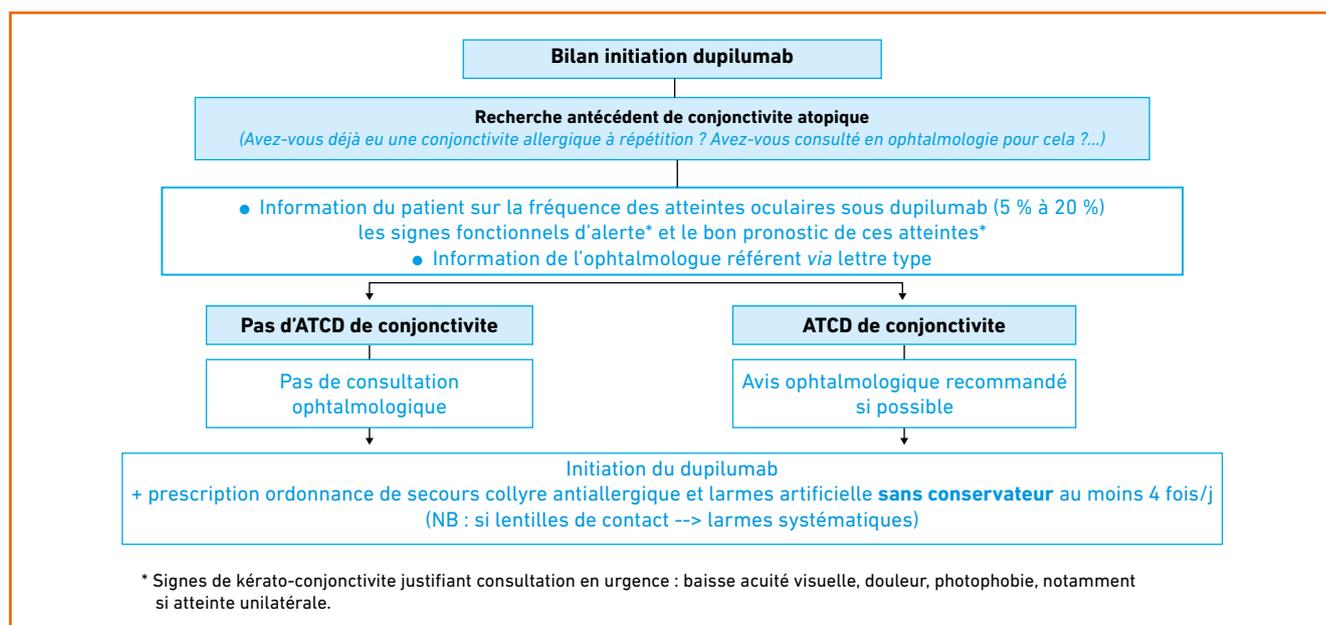


Fig. 1 : Arbre décisionnel avant initiation du dupilumab.

par antihistaminique et/ou antidégranulant mastocytaire topique, et tacrolimus topique si eczéma des paupières. Il décidera d'un avis ophtalmologique pour envisager la prescription de corticoïdes ou d'immunosupresseurs topiques en cas d'échec ou de signes de gravité.

Une publication a proposé un score pour grader l'atteinte ophtalmologique à partir de l'intensité de l'érythème, l'ir-

ritation, le prurit et les sécrétions et pour identifier les signes devant amener une consultation en urgence : œil très rouge, perte d'acuité visuelle, douleurs, photophobie, atteinte de la cornée se manifestant par des ulcérations visibles et une opacité ou des sécrétions inhabituelles épaisses ou purulentes (**fig. 3**) [15].

Une étude française multicentrique RESO-ADOC a évalué l'impact de la

modification du traitement après la survenue d'un effet secondaire ophtalmologique sous dupilumab [16]. Il s'agissait majoritairement de blépharoconjonctivites dont 30 % d'atteintes sévères survenues en moyenne 4,5 mois après le début du traitement. 44 % des patients avaient déjà des antécédents de conjonctivite atopique. 83 % des patients bénéficiaient d'une modification du traitement par dupilumab pour un autre

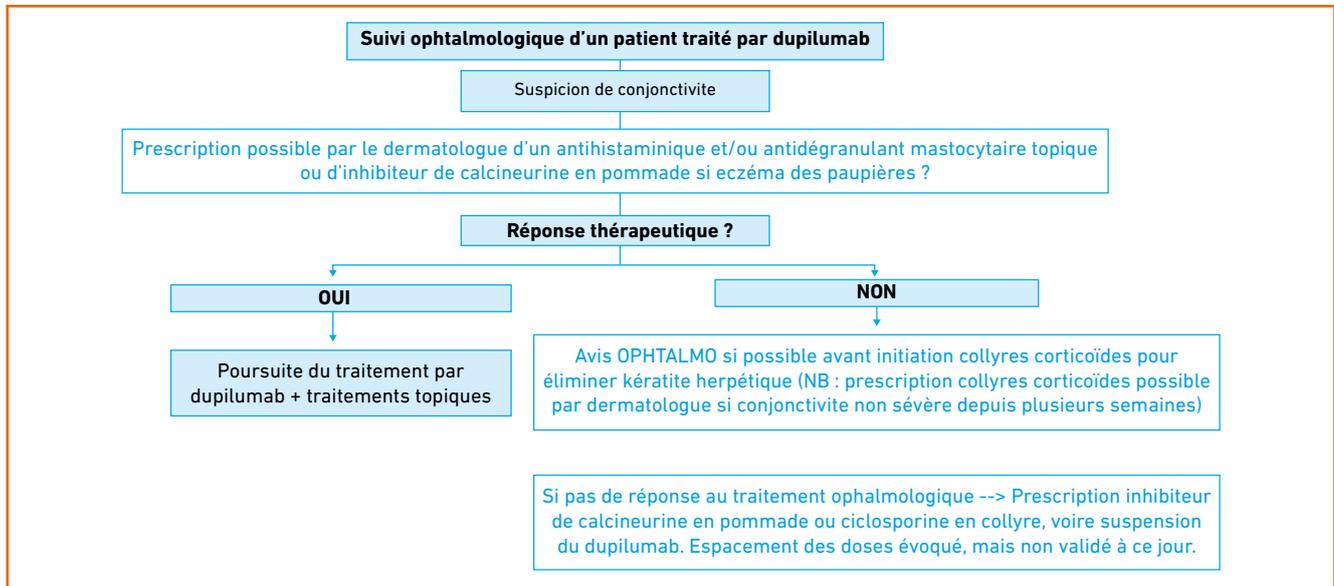


Fig. 2: Suivi ophtalmologique d'un patient traité par dupilumab.

Signes de gravité = URGENCE ophtalmo ++	Échelles de notation d'Efron				
	0. Normal	1. Traces	2. Léger	3. Modéré	4. Sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Œil très rouge • Perte d'acuité visuelle • Douleur • Photophobie • Atteinte de la cornée: ulcérations visibles, opacité, sécrétions inhabituelles épaisses/purulentes 	Rougeur conjonctivale				
Rougeur limbique					
Symptômes					
Irritation ou prurit	0	0	+	++	+++
Sécrétion (claire)	0	0	0	0	+ / ++ / +++
Classification	-	Légère	Légère	Modérée	Sévère

Fig. 3: Évaluation de la sévérité des conjonctivites par le dermatologue. Adapté d'Arden-Jones et al., BJD, 2024 et Doan et al., J Fr Ophtalmol, 2022.

traitement sans *washout*. À la 2^e visite (soit en moyenne à 10,9 mois du switch de traitement), 43 % de ceux qui étaient traités par tralokinumab présentaient une rémission complète, majoritairement en association avec un traitement ophtalmologique de fond ; 96 % de ceux switchés pour un inhibiteur de JAK présentaient une rémission complète, en majorité sans traitement ophtalmologique de fond. Les facteurs associés à la résolution des effets secondaires ophtalmologiques étaient l'antécédent d'asthme, une durée de la

conjonctivite < 6 mois, l'utilisation d'un JAK inhibiteur. Une autre étude française menée par le GREAT semble confirmer ces résultats avec une meilleure efficacité des JAK inhibiteurs pour la résolution des effets secondaires ophtalmologiques survenus sous dupilumab.

En conclusion, il est nécessaire que les dermatologues et les ophtalmologues collaborent pour la prise en charge des conjonctivites chez les patients atteints de DA. Il est important d'identifier les

patients à risque de survenue d'effets secondaires ophtalmologiques avant la mise en route de la biothérapie, de les informer de ces risques, de prescrire un traitement préventif par larmes artificielles ainsi qu'un traitement de première intention en cas d'apparition d'effets indésirables ophtalmologiques. Il faut adresser les patients chez l'ophtalmologue en cas d'échec ou de signe de gravité. En cas d'effets secondaires sévères, il peut être proposé de switcher le traitement, en optant plutôt pour un inhibiteur de JAK.



Biothérapies en ville : comment convaincre nos patients psoriasiques ?

D'après la communication du Dr François Maccari, La Varenne St-Hilaire.

“Pour convaincre il faut être soi-même convaincu.”

La levée de la prescription initiale hospitalière est effective et les biothérapies sont enfin accessibles à tous. C'est un tournant majeur dans notre spécialité. Elles sont simples à prescrire, faciles d'utilisation en cabinet, efficaces, permettent de satisfaire les patients et présentent une très bonne tolérance.

Bien connaître les données d'efficacité et de tolérance des biothérapies

Pour le psoriasis, du fait de la grande efficacité des biothérapies, les objectifs thérapeutiques sont maintenant très ambitieux avec l'obtention d'un PASI 90, c'est-à-dire un patient blanchi ou quasi blanchi et d'un DLQI = 0 ou 1. Les **figures 4 et 5** illustrent l'efficacité des biothérapies chez des patients atteints de psoriasis sévère.

Les patients atteints de psoriasis présentent un risque accru de cancer.



Fig. 4 : Évolution d'un psoriasis avant et après initiation d'une biothérapie.

L'évaluation de la maladie psoriasique en tant que facteur de risque tumoral est difficile à évaluer, les études portant à la fois sur des patients traités et non traités. Un risque légèrement accru de cancers des voies aérodigestives supérieures, du foie, du poumon, du pancréas, des voies urinaires, de

carcinome cutané épidermoïde ou basocellulaire ainsi que de lymphome non-hodgkinien a été rapporté [17]. Une légère augmentation du risque global de cancer est observée en particulier en cas de psoriasis sévère [18]. Dans ces deux méta-analyses, le léger surrisque était principalement lié à la



Fig. 5 : Évolution d'un psoriasis avant et après initiation d'une biothérapie.

consommation d'alcool et de tabac qui est associée, voire découle de la sensation de mal être causée par la dermatose chronique. La PUVAthérapie est également associée à un risque accru de cancer cutané de manière dose-dépendante. Les thérapies systémiques non biologiques sont également associées à un risque accru de cancer cutané car elles agissent comme des immunosuppresseurs. Les antécédents de cancer ou un cancer en cours ne sont pas des contre-indications à une biothérapie dans les RCP.

Concernant les anti-TNF, il existe des mises en garde sur le risque de développer une tumeur maligne, essentiellement des lymphomes dans les indications de polyarthrite rhumatoïde. Il y a aussi un risque d'augmentation des tumeurs cutanées, y compris les mélanomes et les tumeurs de Merckel.

Il existe également un risque accru de tumeur en cas de tabagisme important. L'antécédent de tumeur maligne ou d'une tumeur maligne en cours nécessite une surveillance accrue.

En cas de psoriasis, une surveillance cutanée doit être menée, particulièrement si antécédents médicaux de thérapie immunosuppressive soutenue intense (ciclosporine) ou de traitement prolongé par puvathérapie. Concernant l'ustékinumab, il existe une augmentation du risque de tumeur maligne cutanée et non cutanée. Une

surveillance cutanée est recommandée dans les mêmes situations que pour les anti-TNF. Concernant les anti-IL17 ou les anti-IL23 P19, il n'existe aucune mention dans les RCP sur le risque de cancer. Il s'agit des biothérapies les plus récentes donc celles pour lesquelles il y a moins de données disponibles mais aussi pour lesquelles les patients avaient été moins exposés à la photothérapie intensive ou la prescription prolongée de ciclosporine. Comparativement aux anti-TNF, le traitement par anti-IL17 est associé à une diminution du risque de lymphome non-hodgkinien, de cancer colorectal, hépatobiliaire, ovarien, mélanome et carcinome osseux, alors que les anti-IL23 sont associés à une diminution du risque de lymphome non-hodgkinien, de cancer hépatobiliaire et de carcinome basocellulaire [19]. Sur ces données, ces deux types de biothérapies pourraient être préférés chez les patients présentant un risque élevé de développer des tumeurs malignes.

Le psoriasis est associé à un taux plus élevé de maladies cardiovasculaires (CV) qu'en population générale. Les études cliniques sur le développement des biothérapies étaient favorables en termes de sécurité sur cette problématique. Les données de suivi à long terme demeurent rassurantes. Les limites sont la sélection des patients (en particulier l'exclusion des patients les plus âgées ou présentant trop de comorbidités). En vraie vie, les résultats sont contradictoires avec

des études observationnelles de pharmacovigilance récentes ayant retrouvé une augmentation des accidents CV et cérébrovasculaires associés aux biothérapies [20, 21]. Une étude basée sur des données de pharmacovigilance américaine suggère, mais ne prouve pas, un risque accru de MACE sous biologique, probablement faible [22]. Il est proposé une vigilance chez les patients à risque CV tout particulièrement pour l'ustékinumab et pour les patients dont l'âge est compris entre 45 et 64 ans. L'insuffisance cardiaque modérée à sévère classe III à IV NYHA constitue une contre-indication pour l'infliximab et l'adalimumab. Le risque d'infection sévère reste faible sous biothérapie.

Savoir prescrire : se former et s'informer

Il n'est pas compliqué d'initier une biothérapie en ville. Nous avons, à ce jour, un arsenal thérapeutique riche avec les anti-TNF, l'ustékinumab, les anti-IL17 et les anti-IL23p19. De nombreux critères de choix rentrent en compte pour initier une biothérapie : l'âge, le sexe, le poids, la profession, le mode de vie, l'existence d'un rhumatisme psoriasique ou d'autres comorbidités (diabète MCI, antécédents CV, etc.). Il faut tenir compte de la demande et des attentes des patients. Le bilan préthérapeutique est actuellement bien codifié [23]. Pour les vaccins vivants, il faut interrompre la biothérapie 3 mois avant la vaccination, elle peut être reprise 4 semaines après sa réalisation. La vaccination pneumococcique est actuellement recommandée par une seule injection de PRÉVENAR 20. Il ne faut pas retarder la mise en route d'une biothérapie si le calendrier vaccinal n'est pas à jour.

Traiter tôt le psoriasis en plaques est un enjeu majeur pour le patient. L'inertie thérapeutique est un comportement consistant à ne pas instaurer ou ne pas intensifier la prise en charge d'un patient non ou mal contrôlé sous traitement, alors que les recommandations en vigueur le justifient, en l'absence de

contre-indication ou de frein médico-économique [24]. Les facteurs liés à l'inertie thérapeutique peuvent venir du médecin, du patient et/ou du système de santé ; celle-ci a des conséquences sur la qualité de vie des patients, l'évolution du psoriasis (développement de comorbidités, par exemple articulaires ou neuropsychiques), l'observance thérapeutique et la relation de confiance avec le médecin.

Des études ont démontré qu'une intervention précoce (dans les 2 ans suivant le début du psoriasis) pouvait conduire à une amélioration de la réponse clinique et une rémission durable en évitant une mémoire inflammatoire [25]. C'est ce que l'on appelle la fenêtre d'opportunité et cela permet de modifier le schéma évolutif, comme cela a été démontré dans le rhumatisme psoriasique [26]. Les atteintes cutanées associées à un risque accru de développer un rhumatisme psoriasique sont l'at-

teinte du cuir chevelu, l'atteinte des plis et l'atteinte unguéale [27]. Le rhumatisme psoriasique peut se présenter sous forme d'atteinte articulaire périphérique, d'atteinte axiale, d'enthésite ou de dactylite. Une méta-analyse portant essentiellement sur le rhumatisme psoriasique périphérique a démontré que les anti-TNF, les anti-IL17 et les anti-IL23 avaient une efficacité comparable en monothérapie et que l'ajout de méthotrexate n'améliorait pas l'efficacité [28]. Traiter tôt permet également de prévenir les comorbidités neuropsychiques : une étude a prouvé que la fréquence de l'alexithymie diminuait de 50 % 1 an après l'initiation d'un traitement chez les patients atteints de psoriasis éligible à un traitement systémique [29]. Il convient de repenser notre stratégie thérapeutique puisque les biothérapies anti-IL17 et anti-IL23 ont des capacités élevées de blanchiment et un bénéfice rémanent à l'arrêt du traitement avec une bonne tolérance globale.

Convaincre : conseils et éléments de langage

Pour prescrire une biothérapie, il est important d'avoir établi une bonne relation médecin/patient, d'être à l'écoute et empathique avec le patient. Lors de la première consultation, la réalisation du score DLQI permet au patient d'exprimer simplement l'impact du psoriasis sur divers aspects de sa vie, en particulier l'atteinte génitale et le handicap sexuel. Il faut rassurer les patients car les biothérapies ne sont pas de nouveaux médicaments, on dispose d'un fort recul et de données de tolérance robustes avec ces traitements. Enfin, il faut motiver les patients en leur indiquant que l'efficacité sera au rendez-vous. Il faut donc bien les informer mais ne pas leur faire peur. C'est à dire ne pas sous-estimer le fardeau de la maladie, répondre mieux aux attentes et à la demande des patients, tenir compte du terrain sur lequel nous prescrivons et assurer un suivi régulier.



Caractéristiques de la dermatite atopique du sujet âgé

D'après la communication du Pr Guillaume Chaby, service de dermatologie CHU d'AMIENS.

La dermatite atopique (DA) a été reconnue en tant qu'entité propre en 1936. Avant les années 1960-1970, elle était considérée comme une dermatose chronique inflammatoire de l'enfant de bon pronostic et les cas chez l'adulte étaient exceptionnels. À partir des années 1980, la DA est devenue une maladie de plus en plus chronique, parallèlement à la modification de facteurs environnementaux, avec de plus en plus de cas chez les adultes jeunes. À partir des années 2010, la notion de DA du sujet âgé en tant qu'entité particulière apparaît dans la littérature avec des prévalences parmi la population générale variables selon les pays : Allemagne 4 %, Pologne 2 %,

France 2,5 %. L'existence de phénotypes particuliers de DA chez le sujet âgé est discutée puisqu'il y a peu de descriptions cliniques et des résultats disparates [30]. Une méta-analyse sur la prévalence et la présentation clinique de la DA apparaissant chez l'adulte a conclu qu'une DA de l'adulte sur quatre correspond à une DA d'apparition tardive, que l'atteinte du visage et cervicale était moins fréquente que dans la DA à début pédiatrique alors que l'atteinte des pieds était plus fréquente [31]. Dans les recommandations européennes de prise en charge de la DA, il n'y a pas de prise en compte spécifique de la DA du sujet âgé pour l'algorithme thérapeutique. Les recommandations actuelles,

plaçant les biothérapies et les inhibiteurs de JAK au même plan, sont difficilement transposables à cette population.

Une revue systématique évaluant l'inclusion des patients âgés dans les essais contrôlés de la DA a inclus 32 essais comprenant 4547 patients. 69 % des essais excluaient les patients âgés et seuls sept précisaient le nombre de patients âgés de plus de 65 ans, qui constituaient 4 % des effectifs pour un total de 112 patients (il s'agissait uniquement d'études pour le dupilumab). Des publications ont d'ailleurs porté sur l'efficacité et la tolérance des biothérapies chez les sujets âgés : pour le dupilumab, dans une série de

54 patients de plus de 60 ans, 63 % atteignait un EASI 75 la semaine 16 et il n'y avait pas de problème de tolérance ; pour le tralokinumab, 75 patients de plus de 65 ans avaient reçu le traitement, 62,5 % atteignait un EASI 75 la semaine 16 et la tolérance était bonne (à noter deux événements CV et une néoplasie) [32]. Concernant les inhibiteurs de JAK, il n'y avait pas de signe d'alerte d'après les essais dans la DA mais la population âgée de 65 ans était très faible et le suivi a été de 4 ans maximum.

Une analyse réalisée à partir des données des patients atopiques de l'OMCCI a été récemment publiée [33], avec pour objectif, de définir les caractéristiques cliniques et le fardeau de la DA chez les sujets de 65 ans, de décrire les options thérapeutiques choisies pour cette population ainsi que d'identifier des éléments distinctifs par rapport aux patients de moins de 30 ans atteints de DA. 587 patients étaient inclus

dans la cohorte DA d'âge moyen de 39,9 ans. 73 patients de plus de 65 ans étaient identifiés (âge moyen : 74,1 ans) vs 207 patients de moins de 30 ans (âge moyen : 23,4 ans). La fréquence de la DA chez les plus de 65 ans était de 12,5 %, et ce, de façon comparable aux données de la littérature. 2/3 des cas débutaient à l'âge adulte. La sévérité globale était comparable à celle des adultes jeunes avec une fréquence moindre d'atteinte des extrémités, du visage et du cou et des formes diffuses, en comparaison des données de la littérature. L'impact sur la qualité de vie était plus faible chez les plus de 65 ans mais la différence est probablement surestimée du fait de la moindre pertinence des items concernant le travail et le sport dans cette population. L'impact sur le sommeil, l'intensité du prurit et la tristesse étaient comparables entre les deux groupes. Initialement, 83,5 % des patients de plus de 65 ans ne recevaient aucun traitement, ou uniquement des topiques,

alors que près de 9 patients sur 10 relevaient finalement d'un traitement systémique illustrant la prise en charge thérapeutique insuffisante des patients de plus de 65 ans avec une DA au regard de leur sévérité. La prescription des JAK inhibiteurs était faible, conformément aux recommandations de prudence dans cette catégorie de population.

En conclusion, la DA du sujet âgé est peut-être une 4^e forme spécifique en raison de certaines distinctions sémiologiques (moindre fréquence de l'atteinte des extrémités et de l'atteinte généralisée). Il n'y a, en revanche, pas de différences concernant l'impact sur le sommeil, le prurit et les comorbidités psychiatriques. L'âge ne semble pas être un frein à la prescription thérapeutique efficace. Par ailleurs, une adaptation des recommandations est nécessaire, en particulier concernant l'utilisation de la ciclosporine et des inhibiteurs de JAK.

Bibliographie

1. THYSSEN JP, TOFT PB, HALLING-OVERGAARD AS *et al.* *J Am Acad Dermatol*, 2017;77: 280-286.
2. ACHTEN RE, BAKKER DS, VAN LUIJK CM *et al.* Ocular surface disease is common in moderate-to-severe atopic dermatitis patients. *Clin Exp Allergy*, 2022; 52:801-805.
3. HALLING AS, LOFT N, SILVERBERG JI *et al.* Real-world evidence of dupilumab efficacy and risk of adverse events: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2021;84:139-147.
4. ACHTEN R, BAKKER D, ARIENS L *et al.* Long-term follow-up and treatment outcomes of conjunctivitis during dupilumab treatment in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2021;9: 1389-1392.
5. SIMPSON EL, AKINLADE B, ARDELEANU M. Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. *N Engl J Med*, 2017;376:1090-1091.
6. AKINLADE B *et al.* Conjunctivitis in dupilumab clinical trials. *Br J Dermatol*, 2019;181:459-473.
7. TOUHOUCHE AT, CASSAGNE M, BÉRARD E *et al.* Incidence and risk factors for dupilumab associated ocular adverse events: a real-life prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2021;35: 172-179.
8. COSTEDOAT I, WALLAERT M, GAULTIER A *et al.* Multicenter prospective observational study of dupilumab-induced ocular events in atopic dermatitis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023;37:1056-1063.
9. WOLLENBERG A, BECK LA, DE BRUIN WELLMER M *et al.* Conjunctivitis in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: results from five tralokinumab clinical trials. *Br J Dermatol*, 2022;186: 453-465.
10. SIMPSON E, GOODERHAM M, WOLLENBERG *et al.* Efficacy and Safety of Lebrikizumab in Combination With Topical Corticosteroids in Adolescents and Adults With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial (Ardhere). *JAMA Dermatol*, 2023;159:182-191.
11. THYSSEN JP. Could conjunctivitis in patients with atopic dermatitis treated with dupilumab be caused by colonization with *Demodex* and increased interleukin-17 levels? *Br J Dermatol*, 2018;178:1220.
12. WALDMAN RA, DE WANE ME, SLOAN SB. Does interleukin-4 inhibition play a role in dupilumab-associated conjunctivitis? *Br J Dermatol*, 2020;182:25113.
13. BAKKER DS, ARIENS LFM, VAN LUIJK C *et al.* Goblet cell scarcity and conjunctival inflammation during treatment with dupilumab in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*, 2019;180:1248-1249.
14. DOAN S, ARNOULD L, FEBVAY C *et al.* Blépharo-conjonctivites sous dupilumab : recommandations du groupe CEDRE. Dermatite atopique, conjonctivites et dupilumab: quelle prise en charge? [Dupilumab-related blepharoconjunctivitis: Recommendations of the CEDRE group. Atopic dermatitis, conjunctivitis and dupilumab: Which management approach?]. *J Fr Ophthalmol*, 2022;45:277-287.

15. ARDERN-JONES MR, BROWN SJ, FLOHR C *et al.* An expert consensus on managing dupilumab-related ocular surface disorders in people with atopic dermatitis 2024. *Br J Dermatol*, 2024;191:865-885.
16. REGUIAÏ Z, BECHEREL PA, PERROT JL *et al.* Evolution of dupilumab-associated conjunctivitis in patients with atopic dermatitis after switching dupilumab to tralokinumab or Janus kinase inhibitors (RESO-ADOC study). *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2024;38:2149-2155.
17. POUPLARD C, BRENAUT E, HORREAU C *et al.* Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013;27:36-46.
18. TRAFFORD AM, PARISI R, KONTOPANTELIS E *et al.* Association of Psoriasis With the Risk of Developing or Dying of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*, 2019;155:1390-1403.
19. KRIDIN K, ZIRPEL H, MRUWAT N *et al.* Evaluating the risk of infections under interleukin 23 and interleukin 17 inhibitors relative to tumour necrosis factor inhibitors - A population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023;37: 2319-2326.
20. WOODS RH. Potential cerebrovascular accident signal for risankizumab: A disproportionality analysis of the FDA Adverse Event Reporting System (FAERS). *Br J Clin Pharmacol*, 2023;89: 2386-2395.
21. EGEBERG A, THYSSEN JP. Increased reporting of cerebrovascular accidents with use of risankizumab observed in the Food and Drug Administration Adverse Events Reporting System (FAERS). *Br J Dermatol*, 2023;188:793-794.
22. DING L, CHEN C, YANG Y *et al.* Major cardiovascular events under biologic psoriasis therapies: a 19-year real-world analysis of FAERS data. *Frontiers in Immunology*, 2024;15:1349636.
23. <https://www.sfdermato.org/page-78--bilan-pre-therapeutique-biotherapies>
24. HALIOUA B. [A history of psoriasis]. *Ann Dermatol Venereol*, 2019;146:160-165.
25. BEN ABDALLAH H, EMMANUEL T, BREGNHØJ A *et al.* Early intervention and disease memory in psoriasis: A literature review. *JEADV Clin Pract*, 2022.
26. CARTER LM, MCGONAGLE D, VITAL EM *et al.* Applying early intervention strategies to autoimmune skin diseases. Is the window of opportunity preclinical? A dermatology-rheumatology perspective. *J Invest Dermatol*, 2022;142:944e950.
27. SCHER JU, OGDIE A, MEROLA JF *et al.* Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. *Nat Rev Rheumatol*, 2019;15:153-166.
28. MEASE PJ, REDDY S, ROSS S *et al.* Evaluating the efficacy of biologics with and without methotrexate in the treatment of psoriatic arthritis: a network meta-analysis. *RMD Open*, 2024;10:e003423.
29. SAMPOGNA F, PUIG L, SPULS P *et al.* Reversibility of alexithymia with effective treatment of moderate-to-severe psoriasis: longitudinal data from EPIDEPSON. *Br J Dermatol*, 2019;180: 397-403.
30. SILVERBERG JL. Atopic Dermatitis in Adults. *Med Clin North Am*, 2020;104: 157-176.
31. LEE HH, PATEL KR, SINGAM V *et al.* A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:1526-1532.e7.
32. LAM M, ZHU JW, MAQBOOL T *et al.* Inclusion of older adults in randomized clinical trials for systemic medications for atopic dermatitis: a systematic review. *JAMA Dermatol*, 2020;156: 1240-1245.
33. POLLYN-MILLOT C, MACCARI F, PERROT JL *et al.* Clinical characteristics and therapeutic management of atopic dermatitis in elderly patients compared with young adult patients: a prospective multicentre study. *Acta derma Venereol*, 2024;104:adv40420.

DUCRAY

LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

KERACNYL LA GAMME DE RÉFÉRENCE POUR VOS PATIENTS EN ASSOCIATION AVEC LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX



N°1
EN PRESCRIPTION
depuis 10 ans¹



KERACNYL PP+

Crème anti-imperfections
Peaux à tendance acnéique

CÉLASTROL
MYRTACOLINE



1: IQVIA – Xponent PharmaOne – marché reconstitué sous forme de gamme sur le contour des crèmes anti-séborrhéiques (83A1A) prescrits par les médecins en pharmacie en France – Année 2022 – volume & valeur

2: Étude en ouvert non comparative sur 41 sujets présentant une acné légère à modérée, en monothérapie 2 applications par jour matin et soir. P<0,05

3: Mesure d'hydratation 24h après application unique sur 19 sujets vs zone témoin non traitées

4: Étude clinique sur 41 sujets, application deux fois par jour, pendant 29 jours.

A photograph of two men sitting on a dark grey sofa in a modern living room. The man on the left is shirtless and has his arms raised in a celebratory gesture, mouth wide open. The man on the right is wearing a green and white striped soccer jersey and green shorts, also with his arms raised and mouth open. In front of them on a wooden coffee table is a large bowl of popcorn and a small plate of snacks. The background shows a kitchen area with shelves of jars and a window with white curtains.

**DEPUIS QUE SON PSORIASIS EST HORS JEU,
THOMAS NE RATE PAS UNE OCCASION DE LE MONTRER.**

Il est temps d'agir.
**AIDEZ VOS PATIENTS À
PLAQUER LEUR PSORIASIS.**

abbvie